

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 555

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1931

PAR

Jean-Robert LÉONARD

Né le 9 juillet 1908, à Nancy.

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

POLYARTHRITE AIGUE TUBERCULEUSE

Président de Thèse : M. le Professeur F. BEZANÇON.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1931

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
POLYARTHRITE AIGUE TUBERCULEUSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1931

PAR

Jean-Robert LÉONARD

Né le 9 juillet 1908, à Nancy.

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

POLYARTHRITE AIGUE TUBERCULEUSE

Président de Thèse : M. le Professeur F. BEZANÇON.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENNORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
	TERRIEN.
	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
	VAQUEZ.
	SEBILLEAU.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	
Clinique thérapeutique médicale.	
Clinique oto-rhino-laryngologique.	
Clinique thérapeutique chirurgicale.	
Clinique propédeutique.	
Clinique de la tuberculose.	
Professeur sans chaire.	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE . . . Neurologie et psychiâtr.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 DEBRÉ. Hygiène.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ECALLE Obstétrique.
 FIESSINGER Pathologie médicale.
 GARNIER. Pathologie expériment.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.
 HOVELACQUE . . . Anatomie.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOYEUX. Parasitologie
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LARDENNOIS. . . . Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL Obstétrique.
 LHERMITTE Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (F.). . . Pharmacologie.
 METZGER. Obstétrique.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PHILIBERT. Bactériologie.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . . . Physiologie.
 SÉZARY. Dermatologie et syphili-
 VALLÉRY-RADOT graphie.
 (Pasteur). . . . Pathologie médicale.
 VERNE. Histologie.
 VELTER. Ophtalmologie.
 VAUDESCAL Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, Profes- seur sans chaire. .	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILEY-BERT.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

A MA FEMME

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES DU VAL-DE-GRACE

A Monsieur le PROFESSEUR F. BEZANÇON
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

*qui nous a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

Monsieur le DOCTEUR LAEDERICH

Médecin de l'Hôpital Necker

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse. Bien
faible témoignage de ma profonde recon-
naissance.*

A MON MAITRE

Monsieur le DOCTEUR LOUSTE
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*En témoignage de ma respectueuse affection et
de ma reconnaissance pour la bienveillance
qu'il m'a toujours montrée.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

- 1927 M. le PROFESSEUR WIDAL, *in memoriam*.
M. le PROFESSEUR DELBET.

EXTERNAT

- 1928 M. le DOCTEUR PISSAVY, *in memoriam*.
M. le DOCTEUR LAQUERRIERE.
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ MOURE.
1929 M. le DOCTEUR LOUSTE.
1930 M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET.
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER.
M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ JOUSSET.
1931 M. le DOCTEUR LAEDERICH.

A MM. les DOCTEURS POUMAILLOUX, ISAAC-GEORGES,
MARSAN, PAUL GUERIN, LEVY-FRANCKEL, MAMOU,
THIBAUT, ROBERT LEHMANN.

A MES MAITRES DU VAL DE GRACE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, le docteur LAEDERICH, un cas de polyarthrite tuberculeuse curable. L'étiologie en fut vérifiée par l'inoculation au cobaye du liquide prélevé par ponction au niveau du genou au cours d'une poussée aiguë. Cette observation fait d'ailleurs l'objet d'une publication à la Société Médicale des Hôpitaux. « Rhumatisme tuberculeux primitif à poussées successives », par L. LAEDERICH, H. MAMOU, M^{me} ARAGER et LÉONARD.

A propos de ce cas, il nous a paru intéressant de collationner l'ensemble des observations parues à ce sujet. Nous avons essayé de dégager de leur ensemble l'allure générale de la polyarthrite aiguë tuberculeuse.

HISTORIQUE

Il n'y a guère que trente ans que le rhumatisme tuberculeux est devenu une entité morbide. Cependant, il y a longtemps que les cliniciens ont eu le soupçon qu'à côté des manifestations ordinaires de la tuberculose articulaire il pouvait y en avoir d'autres.

Déjà, en 1845, BONNET notait la transformation sur place d'une arthrite qualifiée de rhumatismale en une arthrite fongueuse.

Ce n'est qu'en 1874 que le premier travail important fut fait sur cette question. POWEL, sous l'inspiration de son maître GUBLER, se propose, dans sa thèse, d'étudier les affections rhumatismales qui surviennent chez les tuberculeux sous l'influence générale de la diathèse, dit-il, et sans l'intervention directe du tubercule comme lésion anatomique.

En 1876, le professeur LAVERAN, du Val de Grâce, publie une observation très intéressante mais rare. Il reçoit un soldat qui présentait une polyarthrite d'allure rhumatismale ; quelques jours après son malade fit une granulie généralisée à forme asphyxique. A l'autopsie, les synoviales étaient bourrées de granulations.

Mais c'est à PONCET que revient le grand mérite de montrer que la tuberculose peut donner des manifestations articulaires curables. En 1896, une observations lui révéla le rhumatisme tuberculeux. Il observe un enfant de 15 ans qui avait une coxalgie suppurée, des lésions pulmonaires relativement discrètes, des synovites des gaines de poignet, des polyarthrites multiples des articulations interphalangiennes et une pléiade de ganglions cervicaux. Quelques jours après son entrée, il fut

atteint d'une crise de rhumatisme articulaire aiguë occupant les articulations de genou et du pied : manifestations aiguës ayant l'allure du rhumatisme et ces manifestations, dit-il, tournèrent brise assez brusquement. Quelques semaines plus tard, le rhumatisme se présenta de nouveau avec la même allure.

S'appuyant sur la banalité des lésions rencontrées, l'absence habituelle des bacilles à leur niveau, il affirma qu'il s'agissait là d'une tuberculose d'un type spécial : tuberculose inflammatoire due à des toxines.

L'impulsion donnée par PONCET fut féconde en résultats. A Lyon, des disciples enthousiastes se mirent à l'œuvre ; les communications s'y succédèrent ininterrompues. Une avalanche de thèses, d'observations parurent en quelques années à ce sujet. Si le rhumatisme tuberculeux fut de suite admis à Lyon, il n'en fut pas de même à Paris où il fut violemment combattu. Cependant, LANDOUZY en admettait l'existence : il a même publié avec mon maître M. LAEDERLICH, un cas de phthisie septicémique avec déterminations pulmonaires pleurales, cutanées, périostées et articulaires. Une coupe montra la présence de bacilles au niveau d'une articulation.

PONCET a, peut-être, exagéré la fréquence et l'importance du rhumatisme tuberculeux. Déclarer que toute manifestation articulaire chez un tuberculeux doit être considérée de même nature, nous paraît une formule par trop rigide. Mais « l'exagération est le propre des apôtres et, à tout prendre, les recherches de ce Maître ont été particulièrement fécondes » (BROCA).

Cette question du rhumatisme tuberculeux, après les discussions passionnées auxquelles elle avait donné lieu, semblait être entrée dans l'ombre lorsque ces dernières années, des observations parurent à son sujet, lui donnant un intérêt nouveau.

M. le professeur LEMIERRE inspire à WIND une thèse dans laquelle sont décrites avec soin de belles observations.

M. le professeur SERGENT, à propos d'un cas observé dans son service, fait une clinique sur le rhumatisme tuberculeux. Il insiste sur l'intensité des douleurs moins pénibles que dans

le rhumatisme articulaire aigu, l'absence de lésions cardiaques, la salicylo-résistance et aussi sur la difficulté du diagnostic.

M. le professeur BEZANÇON a publié de nombreuses observations de rhumatisme tuberculeux. Dans la plupart le bacille donne sa signature en tuberculisant le cobaye ou en évoluant vers la tumeur blanche.

Enfin, récemment, MM. PAISSEAU et OUMANSKY ont insisté sur la forme atypique de tuberculose qu'ils ont obtenue chez le cobaye par l'inoculation de sérosités prélevées au cours de polyarthrites aiguës.

Le nombre de leurs résultats positifs leur permettent de penser que leur méthode est susceptible d'accroître dans des proportions importantes le nombre des cas de rhumatismes, dont la nature ne peut plus être discutée.

ETUDE CLINIQUE

La polyarthrite tuberculeuse se présente en clinique sous des aspects très variables. Parmi les formes cliniques nous traiterons principalement les formes arthralgiques et les polyarthrites aiguës. Nous nous attacherons plus particulièrement à l'une d'elles qui nous paraît présenter des caractères spéciaux et que nous chercherons à individualiser sous le titre de forme aiguë hydarthrosique.

Nous éliminerons de ce travail, d'une part, la granulie articulaire, forme suraiguë, rare qui n'est généralement qu'un épiphénomène au cours d'une granulie généralisée, et d'autre part, les formes chroniques, qu'elles soient à tendance exsudative ou proliférative. Sortent donc du cadre de cette étude les formes déformantes, ankylosantes, la synovite à grains riziformes et la spondylose rhizomyélique. L'hydarthrose tuberculeuse, forme exsudative bien caractérisée par son allure clinique, l'épanchement articulaire à tendance chronique, l'épaississement des synoviales, la réaction ganglionnaire, la formule de l'épanchement, sortent aussi du cadre de cette étude.

Les formes aiguës et subaiguës sont un sujet d'actualité. Elles doivent cet intérêt à un certain nombre de faits.

Elles donnent des formes curables.

Le nombre de leurs cas publiés est devenu plus fréquent ces dernières années.

Enfin, l'inoculation de sérosités articulaires prélevées au cours de ces états a permis à MM. PAISSEAU et OUMANSKY d'obtenir chez le cobaye une tuberculose atypique analogue à celle obtenue par l'inoculation de produits tuberculeux filtrés.

Elles peuvent prêter à confusion avec la maladie de BOULLAUD et les polyarthrites infectieuses. Il importe donc d'en bien préciser les caractères particuliers.

LA POLYARTHRITE SUBAIGUE

Généralités. — La polyarthrite subaiguë est une manifestation curieuse du rhumatisme tuberculeux. Celui-ci se présente différemment en clinique suivant qu'il est associé à d'autres manifestations tuberculeuses ou lorsqu'il atteint des sujets indemnes de lésions bacillaires, occupant à lui seul tout le tableau clinique. « Généralement pris en pareille occurrence pour un rhumatisme franc, il ouvre en réalité la série des manifestations tuberculeuses qui vont troubler désormais la vie du malade. Il en est la première de toutes, et c'est justement pour cela qu'il est d'un intérêt majeur de le dépister précocement » (PONCET). Secondaire, la polyarthrite tuberculeuse se rencontre au cours de toutes les localisations habituelles de l'infection bacillaire ; ganglionnaire, articulaire, cutanée, osseuse. On ne l'a jamais rencontrée chez des malades atteints de tuberculose rénale.

M. BEZANÇON l'a signalée chez un adolescent présentant une hydarthrose du genou, ainsi que chez un individu qui présentait depuis dix ans une trochantérite à évolution chronique et fistulisée.

MELCHIOR l'a observée chez une jeune fille qui avait présenté des adénites cervicales suppurées et une ostéite du maxillaire.

POLLITZER l'a décrite chez un préparateur d'anatomie qui avait contracté deux tubercules anatomiques à l'extrémité des doigts.

MM. DUFOUR et ECALLE l'ont observée au cours de l'évolution d'un mal de Pott ; MM. PAISSEAU et OUMANSKY chez un malade présentant déjà une ostéo-arthrite suppurée, et M. GAILLARD au cours d'une tuberculose des séreuses.

De toutes les localisations, c'est la tuberculose pulmonaire qui tient la première place. PONCET n'avait d'ailleurs pas manqué de s'appuyer sur cette fréquence pour affirmer la nature

bacillaire de ces polyarthrites. Ses élèves enquêtant dans divers sanatoria ont noté que dix à vingt pour cent des tuberculeux pulmonaires avaient présenté avant ou au décours de leur infection des manifestations articulaires.

Dans l'ensemble, il s'agit d'individus d'âge adulte, 20 à 30 ans, ayant généralement une tendance spontanée à se défendre contre la bacillose. A l'enfant sont plutôt réservées les formes athralgiques.

Prodromes. — Souvent la première atteinte sévère est précédée de prodromes s'étageant sur plusieurs années : arthralgies fugaces que le malade a généralement mis sur le compte de la fatigue.

Signes fonctionnels. — La polyarthrite tuberculeuse a une prédilection marquée pour les grandes jointures et surtout celles des membres. Poignets, épaules tibio-tarsiennes, genoux surtout sont les plus fréquemment touchés. Les articulations vertébrales, les hanches, les coxo-fémorales, le sont moins souvent ; les petites articulations des mains et des pieds peuvent l'être.

Quoique dans certains cas la presque totalité des jointures ait pu être frappée, le plus souvent l'atteinte se cantonne sur un nombre restreint d'articles ; parfois même, minimum nécessaire pour la réalisation d'une polyarthrite, à deux seulement d'entre eux.

Les articulations atteintes sont augmentées de volume légèrement globuleuses. On ne manquera pas, si l'on peut ponctionner ces articulations, d'inoculer le liquide au cobaye. La peau peut prendre une teinte rosée : teinte qui n'atteint pas celle que l'on observe au cours du R. A. A. L'articulation atteinte est le siège de douleurs spontanées peu intenses ; par contre, la mobilisation est douloureuse. Cependant on a signalé des cas où la douleur spontanée était vive, empêchant même le sommeil (LEMIERRE). La palpation permet d'apprécier l'élévation de la température locale, l'augmentation de volume de l'article, due surtout à la distention des synoviales. L'inter-

ligne articulaire est douloureux dans son ensemble, les ligaments péri-articulaires sont sensibles.

Au début, les déterminations articulaires sont assez fluxionnaires, ne restant que quelques jours sur chaque articulation ; mais bientôt l'affection aura tendance à se localiser à une ou deux articulations sur lesquelles elle se fixera avec prédilection. Une fois que ce choix sera fait, le processus morbide ne les quittera qu'à regret. On ne voit pas ici comme dans le rhumatisme franc des arthrites éphémères et mobiles se résoudre brusquement du jour au lendemain et revenir frapper avec la même allure voyageuse des articles précédemment abandonnés.

En somme, atteinte mobile et brusque, moins brusque cependant que dans le R. A. A., puis tendance à se cantonner à quelques articulations. Sur celles-ci le processus prend alors une allure beaucoup moins aiguë. Alors que la phase d'invasion avait demandé un à plusieurs jours, l'affection demandera des semaines pour disparaître. Le malade quitte souvent l'hôpital sans être complètement guéri : il garde une certaine gêne de la marche (LEMIERRE) ; de la raideur de la colonne cervicale (BEZANÇON).

Ces arthrites ne s'accompagnent pas d'adénopathies, cependant chez un malade de M. LEMIERRE on sentait à la palpation profonde dans la fosse iliaque un volumineux ganglion alors que les phénomènes siégeaient sur le genou et la coxo-fémorale.

Signes généraux. — Les signes généraux sont assez marqués. Le malade est pâle, présente des sueurs fréquentes. La température qui, au moment de la phase d'invasion, oscillait entre 38° et 39°, tombe rapidement dès que les phénomènes articulaires semblent se fixer.

Le salicylate de soude administré à haute dose, même par voie intraveineuse, reste sans action : la douleur n'est nullement influencée. L'adjonction du traitement thyroïdien reste sans effet (SERGENT). L'ensemble de l'évolution dure quelques mois ; souvent les lésions se réchauffent et la polyarthrite peut durer près d'un an.

Malgré la lenteur de cette évolution, on ne voit jamais apparaître de localisation cardiaque.

Salicylo-résistance et absence de localisation cardiaque sont des arguments diagnostiques de la plus grande valeur.

Pendant le développement des phénomènes articulaires, la bacillose primitive semble arrêtée dans son évolution, et lorsque ceux-ci sont calmés, on la voit reprendre son évolution propre. PONCET a longuement insisté sur ce fait. « Chez plusieurs de nos malades, nous avons vu les localisations se chasser l'une l'autre ; le poumon allait bien quand les articulations étaient prises et inversement. Bien des fois, nous avons vu une arthrite rhumatismale disparaître brusquement au moment où le malade prenait une hémoptysie (PONCET). Ceci est d'ailleurs un fait bien général : l'urétrite diminue d'intensité au moment où apparaît une complication blennorragique.

Evolution. — L'évolution se fait quelquefois vers la guérison, le malade ne gardant aucune trace de son infection. Pour PONCET, la guérison se voit plus fréquemment dans les formes aiguës, fluxionnaires, hydarthrosiques. M. LEMIERRE cite le cas d'une malade qui présenta des arthrites de la hanche et du genou droit, puis de l'articulation sacro-iliaque. Cette malade, vue trois mois après sa sortie de l'hôpital, était en excellente santé. Une malade de MM. PAISSEAU et OUMANSKY subit plusieurs poussées polyarticulaires. Au cours de l'une d'elles l'inoculation du liquide articulaire fut positive. Cette malade, pour laquelle la nature bacillaire de son affection ne peut être discutée, évolua vers la guérison.)

Malheureusement ce n'est que rarement une guérison définitive, le malade est toujours à la merci d'un retour de ces accidents. L'intervalle qui les sépare peut être de quelques mois ou de quelques années (BEZANÇON, PAISSEAU et OUMANSKY). Il a même été signalé de 19 ans (HARVIER, RACHET et LEMAIRE).

Souvent, entre ces périodes aiguës, des arthralgies plus ou moins fugaces font craindre un retour des accidents. MM. Guy

LAROCHE et POUMEAU-DELILLE ont signalé des poussées fluxionnaires périostées.

Le malade peut ainsi subir plusieurs atteintes polyarticulaires, mais ces épisodes perdent leur caractère aigu, polyarticulaire. En même temps l'affection tend de moins en moins à la guérison. La phase polyarticulaire s'estompe de plus en plus, l'affection touche de suite les articulations qu'elle a particulièrement affectionnées depuis les premières atteintes et s'y cantonne, le malade devient un chronique.

Bien souvent, et c'est ce qui assombrit le plus le pronostic du rhumatisme tuberculeux, on voit alors se développer des signes de tumeur blanche. La guérison tarde, l'articulation reste douloureuse, elle ne recouvre pas sa mobilité et s'empâte. Bientôt la radiographie montrera des signes de tumeur blanche.

Cette évolution n'avait d'ailleurs pas manqué de frapper les anciens auteurs. PONCET dit l'avoir constaté maintes fois. Il cite le cas d'une femme de 65 ans qui entra dans son service pour une tumeur blanche du genou. Elle avait souffert depuis quinze ans de nombreuses atteintes rhumatismales subaiguës, ayant chaque fois une tendance plus marquée à frapper ce genou. M. LEMIERRE a constaté l'apparition d'une tumeur blanche du genou au décours d'une polyarthrite aiguë intense. Il s'agit d'une tuberculose du poignet dans les observations de MM. BABONNEIX et MORNÈT, HARVIER, RACHET et LEMAIRE, d'une tumeur blanche médio-tarsienne dans le cas de MAUCLAIRE. CURTILLET et LOMBARD ont publié deux cas de rhumatismes tuberculeux polyarticulaires avec localisations vertébrales : arthrites cervicales aiguës suivies, l'une de luxation pathologique, l'autre de mal de Pott.

Sans donner le tableau classique de la tumeur blanche, l'évolution peut se faire vers ces arthrites érosives, comme viennent d'en signaler un cas MM. M. P. WEIL, DELARUE et OUMANSKY. Leur malade a présenté, en trois ans, des accidents articulaires de moins en moins aigus qui aboutirent à une arthrite érosive

d'une hanche, qui, trois ans auparavant, avait été le siège d'un processus aigu éminemment passager. (Inoculation positive du liquide d'une hydarthrose curable).

Le processus bacillaire, en se fixant au niveau d'une articulation, peut donner lieu à des formes moins graves.

Dans certains cas, il s'agit d'hydarthroses chroniques. Il en est ainsi dans l'observation de LEMIERRE (thèse WIND). Une polyarthrite ayant l'allure d'un rhumatisme franc, résiste au salicylate. Plus tard, les phénomènes généraux s'étant amendés et les douleurs articulaires ayant disparu, il se développa au genou droit une hydarthrose tenace dont le liquide tuberculisa le cobaye. BARBIER, DELBET ont rapporté des observations analogues.

PONCET a insisté sur l'évolution vers les formes chroniques : ankylose et rhumatisme chronique. « Une de nos malades, ayant vécu dans un milieu de tuberculeux, est prise en pleine santé, et sans apparence, d'un rhumatisme qui mit longtemps à rétrocéder. Quand les douleurs disparaissent, on s'aperçoit qu'un coude et un poignet sont ankylosés. Deux ans après apparaissent des signes discrets d'infiltration d'un sommet dont la nature est confirmée par une séro-réaction très positive. »

Dans le cas de MM. BEZANÇON, M. P. WEIL, DELARUE, OUMANSKY et M^{lle} PAU, l'évolution très douloureuse aboutit à la formation d'ankyloses incomplètes.

Lorsque par la suite la polyarthrite laisse place à un rhumatisme déformant le diagnostic en est encore plus délicat. M. RATHERY en a publié deux cas qui donnent l'allure générale de cette évolution. Dans l'un, une femme fut atteinte d'une série de crises de polyarthrites rhumatismales aiguës à la suite desquelles il y eut une accalmie à peu près complète ; une dizaine d'années après survinrent de nouveaux accidents qui évoluèrent sous la forme de rhumatismes déformants. Dans l'autre, il s'agit d'un homme de 38 ans qui fit, à 11 ans et à 17 ans, des crises rhumatismales généralisées fébriles. Puis tout rentra dans l'ordre jusqu'à l'âge de 33 ans où le malade fut

repris de douleurs articulaires qui évoluèrent avec des déformations progressives. Chez ces deux malades l'existence de lésions pulmonaires signait la nature bacillaire du processus.

Si nous avons insisté sur ces différents types évolutifs, c'est qu'ils donnent précisément à la polyarthrite tuberculeuse un de ces caractères particuliers. Mais l'affection bacillaire peut dépasser le cadre des articulations, s'étendre aux autres séreuses ou à d'autres appareils.

Formes cliniques. — Suivant l'intensité des signes locaux et généraux, il serait facile de multiplier les formes cliniques. Certaines méritent cependant une mention spéciale.

Formes arthralgiques. — Parfois ce sont des arthralgies fugaces comme on en rencontre fréquemment chez l'enfant. Elles englobent d'ailleurs une partie des douleurs de « croissance ». D'autres fois ce sont des douleurs plus sévères, s'accompagnant d'impotence, de signes généraux. Elles siègent surtout au niveau des grandes articulations ; Wind a insisté sur les talalgies qui font penser à la blennorrhagie.

Le diagnostic est très délicat ; le fait que l'on ne peut mettre en évidence le bacille de Koch laisse toujours planer un certain doute. On doit s'appuyer sur des arguments cliniques : évolutions alternant avec une autre localisation tuberculeuse, tendance à la localisation sur les mêmes articles et aussi sur les examens de laboratoire.

Formes aiguës. — Celles-ci sont généralement primitives. Les articulations atteintes sont le siège de douleurs extrêmement vives, de rougeur et de tuméfaction marquées. Les fluxions sont mobiles, intenses. L'état général est très touché avec nausées, anorexie totale, céphalalgie. La fièvre se maintient aux environs de 40°, quelquefois à grandes oscillations. Le malade est d'une pâleur extrême couvert de sueurs, les muqueuses sont décolorées. Le sulfate de quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude ne déterminent aucun soulagement (BEZANÇON). L'intensité de ces phénomènes n'implique d'ailleurs pas un pronostic particulièrement défavorable.

L'aspect de ces malades donne tout à fait l'allure de la maladie de Bouillaud.

Suivant l'âge du malade on peut dire que l'évolution paraît se faire d'autant plus fatalement vers la tumeur blanche que le sujet est plus jeune.

La polyarthrite aiguë hydarthrosique doit son individualité à l'allure générale de son évolution. Après une phase polyarticulaire aiguë, le processus se cantonne à une ou deux articulations sous forme d'hydarthroses curables. Cette évolution est d'autant plus curieuse que l'inoculation du liquide articulaire provoque une tuberculose typique chez le cobaye. Nous décrivons cette forme d'après deux observations : celle de DIEULAFOY et GRIFFON et la nôtre.

Il s'agit d'individus plus âgés que dans les formes précédentes. Ces malades ne présentent aucun antécédent bacillaire. Nous avons examiné avec soin notre malade ; il ne présentait aucun signe clinique ni radiologique.

L'évolution se fait par grandes poussées polyarticulaires durant de cinq à huit mois. Avant de présenter une poussée franche, notre malade avait présenté toute une gamme de petits épisodes articulaires : simples arthralgies fugaces ou petites poussées polyarticulaires, soit encore de petites hydarthroses transitoires. Dans le cas de DIEULAFOY, leur malade, un mois avant la phase aiguë, commença à présenter par petites poussées, des douleurs mobiles d'une articulation à une autre.

A la période d'état les articulations atteintes sont chaudes, globuleuses, impotentes. Elles sont le siège de douleurs spontanées peu intenses, mais que la mobilisation de l'article avive.

Comme dans les autres formes, ce sont encore ici les grosses articulations des membres qui sont touchées. Tout au début de l'accès, l'affection a une allure voyageuse comme dans le rhumatisme franc. Mais les déterminations articulaires perdent vite ce caractère ; elles tendent de plus en plus au cours de l'accès à frapper les mêmes articulations qui finissent par rester constamment globuleuses.

Notre malade au cours de l'atteinte du genou droit, a présenté dans l'aîne un petit ganglion de la grosseur d'une noisette. Cette adénopathie transitoire dura une semaine environ et s'accompagna d'une légère réaction rosée des téguments.

Les signes généraux sont peu marqués par rapport aux signes locaux. La température voisine aux environs de 39°. Le malade est pâle, présente des sueurs par intermittence. Les urines sont foncées et, fait bien dans l'allure de la bacillose, notre malade gardait une langue humide et rose. Le salicylate de soude ne détermine aucun soulagement. Le malade que nous avons observé présenta même une poussée aiguë alors qu'il était déjà soumis à un traitement salicyté intensif depuis plusieurs jours.

Au bout de trois à cinq semaines, ces phénomènes généraux s'amendent, la température tombe en lysis. Les phénomènes articulaires ne participent qu'imparfaitement à cette défervescence, les dernières articulations atteintes restent globuleuses. Elles perdent leur allure inflammatoire pour prendre les caractères de volumineuses hydarthroses. On est frappé de la distension des synoviales ; la ponction est facile et permet d'obtenir une abondante quantité de liquide citrin-clair. L'examen cytologique montre de nombreux lymphocytes (DIEULAFOY) ou au contraire une prédominance de polynucléaires (LAEDERICH). L'inoculation de ce liquide au cobaye développe chez cet animal une tuberculose typique.

L'articulation devient de moins en moins sensible et se laisse palper aisément ; on ne trouve pas de point douloureux. La radiographie confirme cette intégrité osseuse. L'atrophie musculaire portant sur les membres atteints est légère.

D'ailleurs le malade n'attend pas la régression de ces hydarthroses pour se rétablir. Le malade de notre observation, qui gardait deux mois après la poussée aiguë un genou globuleux, n'accusait malgré cela qu'une gêne minime à la marche. La disparition complète de ces hydarthroses demande plusieurs mois.

Le malade de DIEULAFOY, revu sept mois après sa sortie de l'hôpital, ne présentait plus traces d'hydarthroses. Nous suivons le malade que nous avons observé dans le service ; ses genoux paraissent actuellement normaux.

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif est basé sur l'allure des lésions, l'évolution générale et la durée de la maladie. C'est un rhumatisme pauci-articulaire peu mobile, ayant tendance à se localiser à quelques articulations et à perdre son caractère aigu. Il s'observe souvent chez des bacillaires, son évolution alternant avec celle de la bacilliose initiale.

Ses trois principaux caractères sont :

1° La salicylo-résistance, même après injection intra-veineuse ;

2° L'absence de localisation cardiaque ;

3° L'évolution traînante, quelque soit l'intensité des signes.

Les caractères du liquide articulaire ne permettent pas de tirer de son étude une conclusion. Ce liquide doit être inoculé au cobaye pour fournir sa preuve.

La réaction de Vernes donne des chiffres très élevés au cours de ces états.

Ces caractères ne suffisent pas pour établir le diagnostic positif qui reste le plus souvent un diagnostic d'élimination. C'est pourquoi le diagnostic différentiel doit être sérieusement étudié.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il doit être fait avec toutes les polyarthrites aiguës et sub-aiguës. Mais par suite de leur fréquence, et de l'utilité d'une thérapeutique appropriée, deux surtout méritent une large dis-

cussion : la maladie de Bouillaud et le rhumatisme gonococcique. Puis nous discuterons le rhumatisme syphilitique et les rhumatismes infectieux qui peuvent dans certains cas simuler l'allure de la polyarthrite tuberculeuse.

Le rhumatisme articulaire aigu

Ce n'est pas au cours de la grosse atteinte de la maladie de Bouillaud que l'on discutera le diagnostic du rhumatisme tuberculeux. En effet, dans la polyarthrite aiguë bacillaire, quoique les signes généraux soient marqués, ils n'atteignent jamais en acuité ceux que l'on observe au cours de la maladie de Bouillaud.

Le malade n'a pas cet aspect de souffrance que présente celui atteint de R.A.A.; les sueurs ne sont pas si intenses. La douleur, quoique forte, est moins vive, moins aiguë, moins permanente. Son siège porte plus sur l'interligne articulaire. L'œdème et la rougeur sont beaucoup moins intenses dans la polyarthrite tuberculeuse, la peau est plus rosée que rouge. La palpation est plus facilement praticable ; elle permet de se rendre compte que l'augmentation de volume est due non pas tant à l'œdème inflammatoire qu'à la distention des synoviales.

L'angine, la brusquerie du début, la plus grande mobilité du processus sont des signes spéciaux au rhumatisme articulaire aigu.

C'est surtout avec les formes subaiguës de la maladie de Bouillaud que l'on confondra le plus facilement la polyarthrite tuberculeuse. Là encore les éléments du diagnostic sont tirés de l'analyse des symptômes et de l'allure générale de la maladie. On devra toujours penser, à la bacillose en face d'un rhumatisme peu franc, récidivant avec prédilection sur les mêmes articulations, donnant des épanchements articulaires transitoires et qui, malgré ces nombreuses atteintes, n'a pas donné de lésion cardiaque.

Il y a en effet en faveur de la maladie de Bouillaud deux arguments diagnostiques de la plus grande valeur.

1° La coexistence de lésions cardiaques.

2° L'efficacité du traitement salicylé.

D'autre part, si la coexistence de lésions bacillaires fait penser plus au rhumatisme tuberculeux, un phtisique peut présenter un R.A.A. (PELLÉ), de même que l'on peut voir apparaître des lésions tuberculeuses au déclin d'un accès aigu de polyarthrite rhumatismale (G. CAUSSADE et TARDIEU).

Aussi, en pratique, on ne doit poser le diagnostic de rhumatisme tuberculeux qu'après avoir éliminé la maladie de Bouillaud par un traitement salicylé d'épreuve.

La polyarthrite gonococcique.

Le rhumatisme blennorragique est le diagnostic qui se pose le plus fréquemment. Quoiqu'il apparaisse en majorité des cas au cours de l'urétrite aiguë, vers le vingt ou vingt-cinquième jour, un écoulement insignifiant peut en être la cause. De même il peut s'installer longtemps après la disparition de tout écoulement. Alors que dans la polyarthrite tuberculeuse ce sont souvent les signes locaux qui ouvrent la scène, ce sont ici les signes généraux : fatigue, pâleur, courbature, fièvre. Mais ce qui prête à confusion c'est que c'est aussi un rhumatisme pauciculaire s'étendant à deux ou trois articulations ; le processus mobile au début se fixe ensuite sur une grosse articulation. Comme dans le rhumatisme bacillaire l'envahissement de nouvelles articulations se fait sans que les premières touchées soient libérées, les douleurs articulaires, vives au début, s'atténuent au cours de l'évolution. De même cette polyarthrite est salicylo-résistante et ne donne qu'exceptionnellement des lésions cardiaques. Cependant l'intensité des phénomènes généraux plus

accusés, la constatation d'une urétrite concomitante aide au diagnostic. Il en est de même de l'atteinte de certaines articulations : sterno-claviculaire, temporo-maxillaire, chondro-costale. L'évolution est dans l'ensemble plus rapide que dans la polyarthrite tuberculeuse.

Les recherches de laboratoire rendent peu de services. La formule cytologique de l'épanchement articulaire est à prédominance de polynucléaires ; on n'y trouve qu'exceptionnellement le gonocoque. L'inoculation reste d'ordinaire négative pour la plupart des animaux de laboratoire ; c'est seulement dans la chambre antérieure de l'œil du lapin qu'elle peut produire des lésions certaines (PARAF). Quant à la gono-réaction, elle doit être franchement positive pour avoir une valeur diagnostique.

Le diagnostic des formes arthralgiques en dehors des cas à localisation spéciale, est très difficile. L'épreuve du traitement (vaccination et chimiothérapie) pourra, en certains cas, apporter une preuve décisive.

Le rhumatisme syphilitique.

Le diagnostic ne se pose pas avec les formes chroniques : ankylosantes ou déformantes, du rhumatisme syphilitique, mais plutôt avec les arthrites pyrétiques subaiguës de la syphilis précoce, survenant au début de la période secondaire.

Après des atteintes rapides et plus douloureuses que fluxionnaires, on voit l'affection se localiser à une ou deux jointures. Cette polyarthrite accompagne ou précède de peu les accidents secondaires. Au début, de nombreuses petites articulations sont atteintes ; lorsque la fièvre existe, elle est peu intense et les signes généraux n'atteignent jamais l'intensité de ceux observés au cours de la polyarthrite bacillaire. Les sueurs font complètement défaut, les urines sont normales et n'ont aucun caractère particulier. Le malade n'est d'ailleurs pas obligé de

garder le lit ; les articulations ne sont généralement pas douloureuses spontanément, la distention de la synoviale est légère, l'épanchement n'étant jamais très abondant. On peut mobiliser l'articulation assez facilement. « On est frappé de la facilité avec laquelle se fait cette exploration » (FOUQUET). D'ailleurs le malade souffre moins après avoir fait jouer ses articulations ; elles doivent être « échauffées ».

Parmi les manifestations tertiaires de la syphilis articulaire certaines formes du rhumatisme ostéophytique de Fournier ne peuvent que grossièrement prêter à confusion. En effet, les lésions atteignent au début les grosses articulations : les genoux, les coudes surtout. Les petites jointures ne sont atteintes qu'ensuite, bien rarement d'ailleurs. Ces jointures sont le siège de douleurs spontanées ou provoquées, parfois même de paroxysmes nocturnes ; elles n'ont pas leur mobilité de mouvement. Il faut ajouter à ces caractères que le nombre d'articulations atteintes est toujours restreint et que l'évolution est fébrile. En effet, suivant les observations publiées par M. GERNEZ et MONNIER, la fièvre peut exister pendant le début de l'évolution.

Ces formes appartiennent à peu près exclusivement à la syphilis héréditaire et surtout à la syphilis héréditaire tardive. Cette apparition tardive nous explique que parfois les réactions sérologiques soient négatives.

Cet ensemble de faits ne peut que grossièrement prêter à confusion car ils s'accompagnent d'autres stigmates de spécificité. Les lésions elles-mêmes ont une allure particulière. Elles ont tendance à la symétrie, elles se sont établies insidieusement, les articulations ne devenant douloureuses que lorsque l'augmentation de volume est manifeste. L'augmentation de volume ne porte pas tant sur la synoviale que sur l'épiphyse. Celles-ci sont déformées avec productions exubérantes ostéophytiques. La radiographie donnera l'image de ce remaniement : au début les épiphyses sont augmentées de volume, l'os

est élargi, massif, ses contours sont nets, bien dessinés ; plus tard on apercevra les ostéophytes.

M. GILBERT a rapporté un cas de polyarthrite hérédo-syphilitique tardive à type de rhumatisme subaigu qui extériorise la difficulté du diagnostic au début. Un malade fit, en 1921 et 1922, à cinq reprises, des poussées polyarticulaires avec gonflement, douleur, impotence fonctionnelle marquée. Les deux genoux furent le siège d'arthralgies fugaces et intermittentes. Au cours de ces poussées, les articulations temporo-maxillaires, le coude et le poignet droit, puis simultanément les deux genoux furent atteints. L'intensivité de la douleur était variable et « fait remarquable, elle était plus vive le matin et diminuait lorsque l'articulation s'était dérouillée ». L'auteur insiste sur l'affinité générale pour les grandes articulations, la symétrie des lésions et le polymorphisme de ces altérations : arthrites légères des tibio-tarsiennes et des coudes, tandis qu'aux genoux qui sont les plus touchés, abondant épanchement intra-articulaire.

Plus délicat est le diagnostic des formes arthralgiques. Le diagnostic du rhumatisme syphilitique secondaire se fait par l'étude des antécédents et la présence d'autres accidents secondaires.

Par contre, les arthralgies syphilitiques tardives peuvent s'observer en dehors de tout autre symptôme apparent. Ce sont des douleurs articulaires diffuses généralisées, fugaces, mobiles, passant d'une articulation à une autre et simulant très bien la polyarthrite bacillaire dans ses formes arthralgiques. Cependant elles surviennent chez des gens d'âge avancé, leur évolution est généralement apyrétique, le salicylate de soude les soulage mais son action ne dure que lorsqu'on l'administre.

Dans tous les cas, l'argument de grosse valeur est l'examen sérologique, d'autant plus que comparativement la valeur de l'indice de Vernes pour la tuberculose sera plus bas.

Les rhumatismes infectieux

La maladie de Bouillaud mise à part, la blennorrhagie est la maladie donnant et avec une fréquence non comparable aux autres, des complications articulaires.

La scarlatine, l'érysipèle, l'infection puerpérale, les pneumococcies, la dysenterie, les oreillons sont, après la gonococcie, les infections aiguës qui touchent le plus les articulations. La variole, la varicelle, la rougeole, la grippe et certains états infectieux mal déterminés peuvent aussi donner des polyarthrites dont l'allure peut prêter à confusion avec la polyarthrite tuberculeuse. Ces rhumatismes sont en effet :

- 1° Pauci-articulaires ;
- 2° Peu mobiles et ont tendance à se localiser ;
- 3° La fièvre est rarement élevée, réalisant un état subfébrile ;
- 4° Les complications cardiaques sont exceptionnelles.

Le rhumatisme scarlatin est d'apparition variable. Les douleurs sont vives et l'impotence fonctionnelle parfois complète avec un gonflement articulaire peu intense. Ce rhumatisme frappe avec prédilection les petites articulations des doigts (WIDAL), les poignets, les genoux (NOBÉCOURT), les articulations vertébrales et spécialement l'atloïdo-axoïdienne.

Le rhumatisme ourlien survient tardivement, est apyrétique et se manifeste plutôt par de simples arthralgies.

Les pseudo-rhumatismes toxiques

Un certain nombre d'intoxications peuvent créer des polyarthrites dont le diagnostic est difficile à préciser, que l'intoxication soit endogène ou exogène.

Endogène, c'est le cas de l'urémie articulaire, des arthralgies, du diabète et de la goutte. Celle-ci peut, en effet, perdre ses caractères pour prendre les allures d'une polyarthrite douloureuse et subaiguë, sans localisation élective au gros orteil.

Exogène, ce sont les manifestations articulaires rencontrées

dans beaucoup d'intoxications alimentaires. A ce chapitre, on doit ajouter les accidents sériques ; leur apparition, de huit à quatorze jours après l'injection sérique, la présence d'autres accidents, font que ce diagnostic ne se pose pratiquement pas.

ÉTUDE BIOLOGIQUE

PROPRIÉTÉS DU LIQUIDE ARTICULAIRE

Au cours des polyarthrites tuberculeuses, la ponction des épanchements articulaires présente le plus grand intérêt diagnostique. En effet, si son étude ne permet pas d'en tirer des indications, l'inoculation au cobaye permet la mise en évidence du bacille tuberculeux.

Quantité. — PONCET indique qu'il n'a pu habituellement recueillir qu'une faible quantité, au maximum quelques centimètres cubes. Il semble que d'après les observations récentes l'épanchement soit quelquefois assez abondant. Il paraît d'ailleurs proportionnel à l'intensité des signes généraux.

MM. PAISSEAU et OUMANSKY ont obtenu 35 centimètres cubes chez un de leurs malades. Dans la forme hydarthrosique l'abondance de l'épanchements est un de ses caractères particuliers.

Propriétés. — On obtient un liquide clair jaune citron, peu fibrineux. Lorsqu'il est trouble on doit craindre la localisation définitive du bacille sur cet article.

L'examen cytologique montre habituellement une formule banale à prédominance de polynucléaires. « La cytologie n'arrive pas à dégager une formule univoque » (PONCET). L'étalement du culot de centrifugation du liquide de notre malade présentait de très nombreux polynucléaires, quelques lymphocytes et des cellules andothéliales.

La recherche directe du bacille de Koch ne donne jamais de résultats. PONCET, quel que fut le procédé employé, n'a jamais pu le mettre en évidence. L'inoscopie peut donner des résultats alors que les autres méthodes sont en défaut.

La culture de ce liquide, quoiqu'elle ait été souvent tentée, n'a donné de résultats positifs que dans le cas publié par M. BEZANÇON, Et. BERNARD et CÉLICE. La culture faite sur pomme de terre glycinée, suivant la méthode Vetter, resta longtemps stérile. Ce n'est qu'au bout de quatre mois que l'on trouva sur le tube une colonne de bacilles acido-résistants.

Aussi, pratiquement, seule l'inoculation au cobaye possède une valeur diagnostique. Malheureusement elle ne donne pas toujours de résultats, même dans des cas où le diagnostic ne fait aucun doute.

INOCULATION AU COBAYE DE LA SÉROSITÉ ARTICULAIRE

Cette inoculation donne des résultats variables. Il n'est pas rare qu'elle soit négative, dans des cas où tous les arguments cliniques sont en faveur de la bacilliose, même lorsque l'autopsie montre des lésions indiscutables. L'observation de MM. DUFOUR et ECALLE souligne ce fait. L'inoculation de la sérosité articulaire fut négative alors que celle d'une partie de la synoviale prélevée au cours de l'autopsie tuberculisa le cobaye.

Un résultat négatif ne doit donc pas faire rejeter le diagnostic de bacilliose.

Parmi les constatations positives, on doit distinguer plusieurs groupes de faits.

On compte actuellement un chiffre appréciable de cas où l'inoculation développa chez le cobaye une tuberculose typique telle que l'a décrite VILLEMIN. Ces cas, devenus plus fréquents ces derniers temps, sont en tout d'une vingtaine environ.

Cependant, parmi ces inoculations on peut fréquemment souligner quelques atypies. DIEULAFOY et GRIFFON, BARBIER, DELBET, MILIAN, chez leurs animaux inoculés avec des liquides articulaires, ont obtenu des lésions généralement tardives, la

plupart du temps bénignes. Le cobaye inoculé par MM. DUFOUR et ECALLE ne présentait pas trace de chancre tuberculeux au niveau de la cuisse mais des tubercules de la rate. Devant le résultat négatif au point d'inoculation, ces auteurs n'avaient pas osé faire état de cette recherche.

Dans un autre groupe de cas, on doit ranger les faits décrits par MM. PAISSEAU et OUMANSKY. Ces auteurs ont obtenu chez leurs animaux une tuberculose atypique, restant pendant plusieurs passages, localisée au système lymphatique sous forme de tuméfactions ganglionnaires ne contenant qu'un petit nombre de bacilles acido-résistants. Cette tuberculose est strictement comparable à celle provoquée par l'inoculation de produits tuberculeux filtrés.

Avec M. VIALARD, dans un cas de purpura rhumatoïde, l'inoculation de la sérosité d'une arthrite du genou accompagnant ce purpura, provoqua une tuberculose localisée aux ganglions et sans généralisations viscérales.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un malade tuberculeux pulmonaire qui présentait une polyarthrite subaiguë. Ce malade avait subi plusieurs poussées polyarticulaires. Au cours de l'une d'elles la ponction d'un genou permit de retirer un liquide dont 10 centimètres cubes furent respectivement injectés à deux cobayes qui succombèrent trois semaines seulement après l'inoculation. Les deux animaux présentaient des tuméfactions ganglionnaires iliaques et lombaires. Mais sur la rate de l'un d'eux il existait deux petits tubercules avec présence de bacilles de Koch sur les frottis. Un animal réinoculé avec le produit de broyage des ganglions hypertrophiés présenta une tuberculose typique constatée trois mois après son inoculation.

L'inoculation de la sérosité d'une hydarthrose du genou, consécutive à une polyarthrite aiguë, chez un sujet présentant des signes cliniques et radiologiques de tuberculose inactive et fibreuse, donna des résultats analogues.

Chez une malade atteinte d'une arthrite aiguë suppurée consécutive à un épisode rhumatismal aigu, ces auteurs ont obtenu

avec le pus et les fongosités prélevés à la curette, une tuberculose atypique remarquable en ce fait que les ganglions, très volumineux et abcédés, contenaient un nombre considérable de bacilles acido-résistants, qui, malgré plusieurs passages successifs, ne provoquèrent aucune lésions viscérale.

Un cas concerne une hydarthrose récidivante, post-traumatique de l'épaule. A ces observations il faut ajouter celle de MM. BEZANÇON, OUMANSKY et M^{lle} PAU. L'inoculation du liquide articulaire d'une polyarthrite tuberculeuse leur donna une tuberculose purement ganglionnaire.

MM. PAISSEAU et OUMANSKY résument de la sorte les particularités de la tuberculose qu'ils ont observées.

« 1° Hypertrophies ganglionnaires multiples et considérables tant au niveau de la région d'inoculation qu'au niveau des groupes abdominaux, iliaques et lombaires, mésentériques et bronchiques ; chez plusieurs animaux, les adénopathies bossuaient et déformaient la région inguinale inoculée et on pouvait encore sentir à la palpation des chapelets de petits ganglions en grains de plomb remontant presque jusqu'à l'ombilic ; dans plusieurs cas, ces ganglions atteignaient les dimensions d'une petite bille ou d'une noisette. Ces ganglions suppurent fréquemment, cette suppuration pouvant aller jusqu'à l'abcédation complète du ganglion et sa fistulisation lorsqu'il s'agit d'un ganglion inguinal ; surtout lorsqu'ils sont suppurés, quoique non constamment, ces ganglions contiennent, contrairement à ce qui s'observe dans la tuberculose type Calmette-Valtis, des bacilles acido-résistants en très grand nombre.

« 2° Ces tumeurs et abcès ganglionnaires régressent le plus souvent et leur disparition peut être à peu près complète aux environs du quatrième ou cinquième mois, les bacilles tendent également à diminuer et à disparaître complètement ; chez un certain nombre d'animaux, dont la survie a été suffisante, nous n'avons plus observé de bacilles acido-résistants ; dans deux cas où nous avons observé une suppuration inguinale avec

fistulisation dont le pus, d'aspect caséeux, contenait d'abondants bacilles, l'évolution de ce pseudo-chancere d'inoculation s'est faite vers la cicatrisation ; après deux mois, on ne retrouvait plus qu'un petit nodule fibreux.

« 3° La réinoculation de ces tumeurs ganglionnaires et de ce pus, malgré leur richesse en bacilles, provoque cependant au passage suivant la même tuberculose ganglionnaire sans lésions viscérales ; à partir du troisième passage, cette infection semble même parfois perdre plutôt de sa virulence, elle ne provoque pas plus rapidement que dans certains cas de tuberculose type Calmette-Valtis classique le retour à la tuberculose généralisée typique ; parfois cependant, elle semble provoquer la mort des animaux, mais en l'absence de toute tuberculose viscérale et sans que le nombre des bacilles acido-résistants paraisse particulièrement abondant dans les ganglions malades.

« 4° Toutes les tentatives de culture de ces produits si riches en bacilles sur les milieux usuels ont cependant abouti à un résultat négatif ; dans plus de la moitié des cas, les intra-dermos réactions à la tuberculine ont été positives. »

En face de la fréquence des inoculations négatives et du caractère atténué que peut prendre l'infection tuberculeuse chez le cobaye, deux précautions sont donc à prendre :

1° Inoculer d'assez fortes quantités de liquide ;

2° Lorsque cette inoculation semble donner un résultat négatif, on ne doit pas manquer de réinoculer tous les organes du premier cobaye qui paraissent suspects et en particulier les ganglions.

ÉPREUVES DE LA TUBERCULINE

L'épreuve de la tuberculine, pratiquée au cours de la polyarthrite tuberculeuse, donne une réaction précoce intense et forte. Cette sensibilité peut être plus accusée au niveau des articulations atteintes. On doit d'ailleurs faire ces épreuves

avec prudence, car elles peuvent donner des réactions articulaires intenses. Un malade de MM. BEZANÇON et JACQUELIN présentait une extrême sensibilité à la tuberculine. En vue de préciser cette sensibilité, ces auteurs lui ont injecté par voie hypodermique, à trois reprises, en même temps qu'à d'autres malades atteints de tuberculose banale, un centimètre cube d'une solution extemporanément préparée de tuberculine aux taux de 1/100.000, 1/50.000 et 1/30.000. Alors qu'aucune réaction locale ni générale appréciable n'est apparue chez 60 témoins, ce malade présenta chaque fois des douleurs violentes avec rougeur et gonflement articulaire.

Il était intéressant de connaître les résultats que donnent ces épreuves dans les affections dont le diagnostic se pose avec celui de la polyarthrite tuberculeuse.

Dans le rhumatisme blennorragique la cuti-réaction reste positive (VIGNERON).

MAGNI a soutenu que le rhumatisme franc produisait l'anergie tuberculinique. Par contre, GAVET, ROLLEY ont affirmé le contraire. M. JOUSSET, sur 14 cas de R.A.A., a trouvé 12 fois la cuti positive et, sur 12 cas de rhumatisme gonococcique, 8 réactions positives.

En somme, si dans quelques cas l'épreuve de la tuberculine, par l'intensité de la réaction qu'elle déclanche, possède une réelle valeur diagnostique, dans la plupart des cas, celle-ci est tout à fait accessoire.

LA SÉRO-FLOCULATION DE VERNES A LA RÉSORCINE

Nous avons, chez notre malade, pratiqué de nombreux examens floculométriques. La courbe de l'indice optique a suivi exactement l'allure de l'infection bacillaire. Au moment de la poussée aiguë nous obtinmes le chiffre de 117 qui tomba à 27, dès que cette poussée fut calmée. Le malade évoluant vers la guérison, les chiffres furent : 9, 11, 11.

Le résultat du premier examen nous avait vivement impressionné.

En effet, nous n'avions jamais rencontré dans le service de malades dont l'indice floculométrique dépassait 100, qui ne soient des bacillaires très gravement atteints, et ceci sur une centaine d'examens pratiqués dans l'année.

Nous nous sommes demandés si l'hyperthermie constatée chez ce malade pouvait expliquer la constatation d'un pareil chiffre. En effet, VERNES, lui-même, a insisté sur les élévations éphémères du degré photométrique dues à une quantité d'états pathologiques surtout fébriles.

De nombreux auteurs ont signalé des indices supérieurs à 30 dans maintes affections fébriles telles que lymphangites aiguës, phlegmons, abcès du foie, accès paludéens. C'est pour cette raison que LABARNEDIE croyait devoir attribuer au facteur fièvre l'élévation du degré photométrique. En examinant le sérum de sujets soumis à des injections de dmelcos, il notait l'élévation au-dessus de 30 d'indices normaux avant l'injection. Les chiffres obtenus dans ces cas dépassant rarement 60, nous laissaient à l'abri de cette cause d'erreur.

D'autre part, L. LANGERON et H. d'HOUE ont obtenu dans plusieurs cas de rhumatismes subaigus (réagissant au salicylate, gonococcique, etc.) chez des individus indemnes de tout signe clinique, radiologique ou bactériologique de tuberculose, des indices élevés. Malheureusement ces auteurs n'ont pas indiqué les chiffres qu'ils ont obtenus.

Ch. GERNEZ et A. BRETON, dans la maladie de Bouillaud, à la période d'état, ont toujours observé des degrés photométriques élevés. Dans quatre cas les chiffres ont varié entre 59 et 84.

On doit donc demander à cet examen, pour qu'il ait une valeur diagnostique, un chiffre élevé.

D'autre part, l'allure de la courbe photométrique présente chez ces malades le plus haut intérêt pronostique. Dans notre cas, la baisse progressive de l'indice optique nous permettait

de porter un bon pronostic. Dans l'observation de MM. BEZANÇON, M. P. WEIL, DELARUE, OUMANSKY et M^{lle} PAU, le Vernes était à 35 alors que la température voisinait autour de 38°. Sept semaines après, alors que la température était descendue aux environs de 37°5, l'indice optique était à 32. Leur malade succomba quelques mois après.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons, dans la littérature consacrée à ce sujet, trouvé qu'un nombre restreint d'observations. L'évolution se faisant soit par la guérison, soit par la constitution d'une tuberculose articulaire chronique, ne permet pas de constatations nécropsiques fréquentes.

D'après PONCET, les lésions sont très banales. La synoviale est épaissie, survascularisée. Dans les cas à tendance hydro-pique, cas favorables, cette synoviale est infiltrée par un œdème gélatineux, faisant saillie dans la cavité articulaire et laissant exsuder un peu de liquide citrin. Dans les formes à tendances ankylosantes, outre l'épaississement de la synoviale, les cartilages présentent une teinte grisâtre, lavée, un léger dépoli et par endroits quelques rugosités et des taches rougeâtres lie de vin.

MM. DUFOUR et ECALLE ont pu examiner le genou d'un malade qui avait présenté à ce niveau des signes d'épanchement transitoire au cours d'une polyarthrite. La synoviale présentait peu d'altérations ; par contre, sur le cartilage de revêtement d'un condyle on apercevait une ulcération de la largeur d'un pois à fond jaunâtre. Une partie de la synoviale inoculée à la racine de la cuisse d'un cobaye le tuberculisa.

Enfin, tout récemment, MM. BEZANÇON, M. P. WEIL, DELARUE, OUMANSKY et M^{lle} PAU ont décrit les lésions rencontrées à l'autopsie d'une malade qui avait succombé à la suite d'un rhumatisme bacillaire d'allure spéciale. Au niveau du genou la capsule articulaire et les tissus qui l'entouraient avaient une résistance extrêmement augmentée et une épaisseur atteignant 6 à 8 millimètres ; de la face profonde de la synoviale partaient des brides fibreuses assez lâches, peu vasculaires, qui réunis-

saient la capsule aux surfaces articulaires et ces surfaces entre elles. Les ménisques étaient normaux et la cavité contenait une très faible quantité de liquide séro-fibrineux.

L'étude histologique de la capsule montra qu'elle était constituée par des faisceaux collagènes, denses, onduleux, parallèles, feutrés de fibres élastiques, sillonnés de vaisseaux grêles, tous entourés de manchons cellulaires inflammatoires polymorphes : lymphocytes, polynucléaires neutrophiles et surtout plasmocytes, histiocytes enfin en métamorphose inflammatoire. En aucun point on ne constatait de formations épithélioïdes, de véritables follicules tuberculeux. L'examen histo-bactériologique montra deux bacilles inclus chacun dans un des volumineux macrophages situés dans les modules inflammatoires péri-vasculaires.

Il s'agit donc là de lésions banales quant à leur allure, mais spécifique quant à leur étiologie.

PATHOGÉNIE

PONCET a soutenu qu'il s'agissait là d'une tuberculose d'un type spécial : tuberculose inflammatoire due à des toxines. Ces toxines sécrétées en un point quelconque de l'organisme viendraient se fixer sur certaines articulations pour y produire des lésions banales auxquelles il manque la signature du bacille. Pour soutenir sa thèse, PONCET s'appuya sur de nombreux faits : les arthropathies consécutives à des injections de tuberculine (MILLIAN), les réactions focales chez les rhumatisants après cuti ou ophtalmo-réaction, le balancement entre arthropathies et la marche des accidents pulmonaires, et surtout la banalité des lésions rencontrées.

Cette opinion n'est actuellement plus soutenable. En effet, les toxines du bacille ne sont pas diffusables et d'autre part la présence du bacille au niveau des articulations atteintes a été vérifiée dans un trop grand nombre d'observations pour que l'on puisse considérer ces cas comme exceptionnels. LETULLE a montré que les lésions de sclérose imputables au bacille tuberculeux ne sont que des lésions focales et que les lésions à distance ne sont pas dues à la toxine qui n'est pas diffusable, les toxines bacillaires étant des poisons adhérents.

Pour ARLOING, il y aurait bacillémie passagère avec arrêt et colonisation en certains points. Cette explication cadrerait assez bien avec les faits connus actuellement : la faible quantité et la virulence atténuée des bacilles rencontrés au niveaux de ces articulations. En effet, le caractère souvent atténué de l'évolution de la bacillose chez les animaux inoculés, qu'il s'agisse du type Villemin et à plus forte raison du type Paiseau-Oumansky, indique bien que l'on est en présence de bacilles n'ayant pas leur virulence habituelle. « La difficulté de repro-

duire une tuberculose généralisée typique par l'inoculation de produits dans lesquels les bacilles acido-résistants se trouvent en grande quantité témoigne à coup sûr qu'il s'agit de races dont la virulence doit être considérée comme très notablement atténuée » (PAISSEAU et OUMANSKY).

Ce qui n'est pas le moins curieux dans cet ordre d'idées, c'est la difficulté qu'ont éprouvé certains auteurs à mettre en évidence le bacille d'une part au niveau des articulations, mais aussi dans leur expectoration lorsque ces malades étaient aussi des pulmonaires.

Etant donné que l'on rencontre le bacille au niveau des articulations et aussi dans le sang des malades, on doit admettre comme pour le gonocoque que l'infection se fait par voie sanguine.

L'évolution ultérieure doit être due pour une certaine part au hasard de sa localisation primitive au niveau de l'articulation ; si le courant sanguin le dépose au niveau de la synoviale on assistera à l'évolution d'une forme aiguë fluxionnaire alors qu'au niveau du cartilage il donnera plutôt une forme plastique.

D'autre part, le terrain doit jouer un rôle des plus importants. L'intensité de la réaction à la tuberculine que présentent ces malades en est une preuve. Ce sont des organismes pour lesquels le bacille est particulièrement désagréable.

Devant la diversité de cas observés on est en droit de se demander si de nombreux facteurs n'entrent pas en jeu. D'ailleurs M. BEZANÇON a émis l'opinion que parmi les manifestations articulaires qui peuvent survenir au cours de la tuberculose, un certain nombre peuvent être d'ordre protéinique et comparable à la maladie du sérum.

PRONOSTIC

Le pronostic est très délicat à poser. Sans doute les formes aiguës fluxionnaires, apparaissant chez des gens résistants, guérissent généralement sans laisser de traces. Elles doivent constituer un sérieux avertissement pour l'avenir du malade. La forme aiguë hydarthrosique que nous avons essayé d'individualiser paraît curable spontanément.

Dans les formes subaiguës on tiendra compte de l'âge, de l'état social du malade et surtout des lésions qu'il présente. C'est dans ces cas qu'il sera utile de suivre ces malades par des radiographies et des examens floculométriques répétés, l'ascension de la courbe optique étant d'un fâcheux pronostic.

Chez notre malade, la baisse rapide de l'indice, qui était à 117 au moment de la poussée aiguë tombant rapidement à 27 pour se stabiliser autour de 10, nous permettait de porter un bon pronostic.

TRAITEMENT

Au point de vue traitement, outre les recommandations hygiéniques (grand air, suralimentation), on utilise des moyens physiques, chimiques et biologiques.

En période de crise on immobilisera en bonne position les jointures jusqu'à résolution. Dans trois des observations rapportées par WIND, l'immobilisation améliora les malades. PONCET a beaucoup utilisé l'héliothérapie qui, soigneusement faite, agissait surtout sur les formes subaiguës et chroniques.

Dès que l'épreuve du salicylate aura montré son inefficacité, on l'abandonnera et si les douleurs sont intenses, on donnera de l'atophan, de l'aspirine et même des opiacés dans les cas graves.

Le malade peut largement bénéficier de la chrysothérapie. Récemment, FORESTIER l'a utilisée avec succès dans des rhumatismes de toutes natures. Etant donné son action antibacillaire et aussi anti-rhumatismale, ce traitement semble particulièrement indiqué. D'ailleurs, les cas de FORESTIER qui ont réagi favorablement à ce traitement ne seraient-ils pas eux-mêmes des rhumatismes tuberculeux?

ODDO et GIRAUD ont obtenu deux succès par des injections de sulfate de terres rares.

Certains auteurs ont traité leurs malades par les vaccins de Vaudremer ou par l'antigène de Nègre et Boquet ; les résultats n'ont pas été encourageants. Par contre, l'allergine, employée avec prudence et en tâtant la susceptibilité du sujet, donne une amélioration appréciable dès la deuxième ou troisième injection.

OBSERVATION

Le malade, âgé de 54 ans, livreur, entre à l'hôpital Necker le 16 mars 1931 pour une poussée rhumatismale traînant depuis un mois. Il en a déjà eu une série de semblables depuis douze ans.

Jusqu'en 1919, il avait une santé parfaite ; notamment il n'a jamais eu de blennorragie ni aucun signe de syphilis ; aucune histoire de tuberculose, ni chez lui-même, ni chez ses ascendants, ni dans son entourage.

Depuis 1919, il est sujet à des accidents articulaires évoluant par poussées plus ou moins longues et intenses, séparées par des années d'accalmie plus ou moins parfaite. Le début des crises exceptionnellement marqué par une angine, est habituellement assez progressif, marqué d'abord par des arthralgies, surtout dans les genoux et les tibio-tarsiennes ; bientôt la fièvre s'élève entre 38° et 39°, en même temps que les articulations se tuméfient et deviennent plus douloureuses. Plusieurs jointures sont atteintes, simultanément ou successivement. Au bout de quelques jours ou de quelques semaines tout rentre dans l'ordre, le malade ne gardant que quelques arthralgies fugaces.

Pendant l'année 1926, il a subi une rhumatismale beaucoup plus sévère, qui l'obligea à séjourner huit mois à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur RATHERY. Plusieurs articulations furent enflammées : les deux tibio-tarsiennes, le genou et le coude droits, les deux poignets ; ces jointures étaient considérablement tuméfiées, rouges, chaudes, très douloureuses ; l'impotence fonctionnelle était complète ; la fièvre, au dire du malade, se serait maintenue à près de 40° pendant deux mois ; le salicylate de soude à hautes doses n'eut aucune action. La

poussée fluxionnaire s'amenda spontanément et progressivement au bout de ces deux mois, le malade ne gardant qu'une légère augmentation de volume du genou droit, avec un peu de gêne. Il s'apprêtait à quitter l'hôpital quand survint une nouvelle poussée analogue à la précédente. Et cela dura ainsi pendant huit mois, par une série de poussées successives de polyarthrite aiguës fébriles, entre lesquelles il ne persistait qu'une légère hydarthrose du genou droit.

Enfin, tout guérit, l'hydarthrose elle-même disparut, et pendant les quatre années suivantes le sujet n'éprouvait plus que de loin en loin quelques arthralgies fugaces dans les genoux et les chevilles, sans gonflement.

C'est en février 1931 que les manifestations articulaires reparurent, encore légères, mais assez nettes pour faire craindre au malade le retour d'une nouvelle poussée et pour le décider à entrer à l'hôpital Necker le 16 mars 1931.

A l'examen, on trouve un homme vigoureux, d'aspect floride, presque apyrétique (37°5) ; il se plaint de l'articulation tibio-tarsienne gauche et des deux poignets. Le cou-de-pied est globuleux ; la peau, légèrement rosée, est chaude ; la pression est douloureuse sur toute la région sans points électifs ; la mobilisation passive est très pénible. Il n'existe pas d'adénopathie poplitée ni inguinale. Les deux poignets sont légèrement tuméfiés, rosés, chauds et douloureux. L'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit présente les mêmes signes d'inflammation ; pas d'adénopathie épitrochléenne ni axillaire. Toutes les autres articulations sont indemnes, sans aucun reliquat des poussées antérieures. Les viscères (cœur, poumons, etc...) sont normaux. Il n'y a pas d'urétrite, le malade affirme d'ailleurs n'avoir jamais eu de blennorrhagie ; les urines ne contiennent ni filaments, ni sucre, ni albumine. Aucun signe de syphilis ; réactions de Wassermann-Hecht négatives. Pas de tophi-goutteux.

Devant cette histoire clinique, on mit le malade à un traitement salicylé intensif, à raison de 10 grammes par voie

buccale, auxquels on adjoint bientôt 2 grammes par voie intraveineuse.

Or, en plein traitement salicylé, au dixième jour, on assista à une poussée très violente de polyarthrite aiguë ; le 27 mars, le malade se plaint de malaise général, de courbature ; la fièvre monte en deux jours à 40°. L'examen montre une angine érythémato-pultacée, bilatérale, avec réactions ganglionnaires sous-maxillaires modérées ; le frottis du mucus pharyngien ne montre qu'une flore microbienne banale, la culture ne donne pas de Löffler.

Deux jours après cette angine, d'ailleurs vite guérie, une polyarthrite violente se manifeste, prenant simultanément la cheville droite et le genou gauche. Ces deux jointures sont tuméfiées, rouges, chaudes, très douloureuses ; dans le genou l'épanchement est assez abondant ; il n'y a pas de point osseux spécialement douloureux. Quant aux autres articulations récemment atteintes (poignets, index) elles ont repris un aspect normal et le malade n'y accuse que de vagues douleurs. Les signes généraux sont intenses, la température se maintient à 39°, le malade est pâle, couvert de sueurs abondantes, geignant au moindre mouvement des couvertures, offrant en un mot l'aspect typique du rhumatisant aigu classique. Les bruits du cœur restent cependant bien frappés. Du côté digestif, on note de l'anorexie, de la constipation. Les urines foncées ne contiennent ni sucre ni albumine.

Une cuti-réaction pratiquée à ce moment se montre franchement positive, une réaction de Vernes à la résorcine donne le chiffre élevé de 117.

Le salicylate de soude toujours administré par voie buccale 10 grammes et par voie intraveineuse 2 grammes quotidiens se montre complètement inactif aussi bien contre la douleur que contre la fièvre.

Ce n'est qu'après une quinzaine de jours que la poussée aiguë se calme ; la fièvre tombe, l'arthrite tibio-tarsienne s'ef-

face ; mais à un genou, si les signes d'inflammation s'atténuent beaucoup, il persiste une hydarthrose d'abondance moyenne, qui va se prolonger plus de deux mois.

Devant cette inactivité du salicylate et cette persistance d'une hydarthrose, et malgré l'absence de tous signes cliniques de tuberculose, nous soupçonnons l'origine bacillaire de ce rhumatisme, et faisons les épreuves suivantes :

Une radiographie du genou montre l'intégrité parfaite des extrémités osseuses et de l'interligne articulaire. Une radiographie des poumons est également négative.

Une seconde réaction de Vernes à la résorcine, pratiquée quelques jours après la fin de la fièvre, nous donne le chiffre réduit, mais cependant encore légèrement positif de 27.

Des cuti-réactions à la tuberculine, pratiquées simultanément au niveau du genou hydarthrosique et au niveau du pied, donnent, pour la première, une papule plus rouge et plus saillante que pour la seconde.

Enfin, une ponction du genou permet de retirer un liquide citrin, séro-fibrineux, dont la formule cytologique montre une prédominance de polynucléaires, quelques lymphocytes et quelques cellules endothéliales ; pas de microbes à l'examen direct, et la culture reste stérile.

Par contre, l'inoculation du liquide articulaire sous la peau de l'aîne droite d'un cobaye tuberculise cet animal ; sacrifié au bout de 43 jours, celui-ci présentait un gros ganglion inguinal droit, du volume d'une amende, entièrement caséeux, et entouré de plusieurs autres ganglions plus petits, fibreux, avec quelques points caséeux ; les ganglions lombaires sont également hypertrophiés, fibro-caséeux ; un ganglion sous-hépatique atteint le volume d'une noisette ; les ganglions médiastinaux sont volumineux et presque totalement caséeux ; les lésions viscérales sont relativement plus discrètes ; la rate, légèrement hypertrophiée, contient quelques granulations jau-

nâtres ; et les deux poumons sont parsemés de fines granulations grises. Un frottis du pus caséeux des ganglions y révèle de nombreux bacilles de Koch typiques.

Pendant qu'évolueait la tuberculose du cobaye inoculé, le malade guérissait progressivement : l'hydarthrose de genou, après quelques alternatives de diminution et de réaugmentation, était déjà fort réduite spontanément lorsqu'on connut le résultat de l'inoculation au cobaye. On commença à ce moment un traitement par l'allochrysine ; quatre injections de 0 gr. 10 furent parfaitement supportées ; mais le malade, se sentant débarrassé de son rhumatisme, ne présentant plus qu'un léger choc rotulien, quitta l'hôpital le 30 juin, et ne revint pas continuer ses piqûres.

Il est actuellement (fin octobre) en parfaite santé et a repris son travail de livreur dans un grand magasin, ce qui l'oblige à marcher beaucoup et à monter beaucoup d'escaliers. Il le fait sans douleurs, toutes ses articulations sont normales, notamment le genou gauche où l'on ne trouve plus trace d'épanchement ni aucune séquelle de sa dernière atteinte.

CONCLUSIONS

1° La polyarthrite bacillaire est une des manifestations de la tuberculose articulaire dont on ne peut, à l'heure actuelle, préciser la fréquence.

Ses aspects sont assez variables, qu'elle soit cliniquement primitive ou secondaire à une autre localisation tuberculeuse. Cependant on peut en dégager certains caractères communs.

a) Ce sont des rhumatismes pauci-articulaires ;

b) Les fluxions articulaires sont moins mobiles que dans la maladie de Bouillaud. Ce caractère mobile, net au début de l'affection, disparaît progressivement, laissant l'atteinte se cantonner à quelques articulations ;

c) Ces phénomènes ne sont nullement influencés par le salicylate de soude.

d) Au cours de ce rhumatisme on ne voit pas apparaître de localisation cardiaque ;

e) L'évolution reste traînante quelle que soit l'intensité des phénomènes articulaires.

2° Parmi les formes cliniques, nous avons essayé d'en individualiser une : la forme aiguë hydarthrosique caractérisée par son évolution en deux phases, une première aiguë fluxionnaire, simulant une crise de la maladie de Bouillaud, mais laissant après elle des séquelles sous forme d'hydarthroses curables.

3° Le pronostic doit être toujours réservé, le nombre des guérisons étant très restreint. Lorsque le rhumatisme est primitif, il n'est souvent que le prélude d'une atteinte articulaire

ultérieure et surtout d'une tumeur blanche. Secondaire, son pronostic est réglé par celui de l'atteinte primitive.

4° Il est difficile de faire la preuve de la bacillose : seule l'inoculation du liquide articulaire au cobaye le permet. L'infection prend souvent chez cet animal un caractère atypique, les inoculations négatives étant d'autre part fréquentes.

5° La séro-floculation de Vernes à la résorcine présente au cours de ces états non pas tant un intérêt diagnostique qui demande une grosse part d'interprétation, mais surtout un intérêt pronostique.

Vu : LE DOYEN :

BALTHAZARD.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARTINE. — Le rhumatisme tuberculeux (*Revue de Médecine*, 1907, p. 473.)
- BARON et DURAND. — Tuberculose généralisée subaiguë avec baccillémie et phénomènes spéticémiques ; poussées de rhumatisme articulaire subaigu (*Revue de Médecine*, 1921, N° 910.)
- BERTANI. — Considérations sur le rhumatisme polyarticulaire aigu (*Semana Medica*, N° 18, 30 avril 1931.)
des séreuses (*Soc. Méd. Hôp.*, 18 octobre 1901.)
- F. BEZANÇON. — Pseudo rhumatisme tuberculeux, tuberculose généralisée des séreuses (*Soc. Méd. Hôp.*, 18 octobre 1901.)
- Pseudo rhumatisme tuberculeux (*Soc. Méd. Hôp.*, 12 juin 1903, p. 651.)
- Rhumatisme tuberculeux (*Soc. Méd. Hôp.*, 29 juillet 1926.)
- Le rhumatisme tuberculeux (*Journ. des Prat.*, 10 mars 1928, page 145.)
- F. BESANÇON, Et. BERNARD et CÉLICE. — Polyarthrite aiguë tuberculeuse d'allure rhumatismale (*Soc. Méd. Hôp.*, 20 avril 1928, page 627.)
- F. BEZANÇON, Et. BERNARD, OUMANSKY et GAUCHER. — Tuberculose articulaire subaiguë d'allure rhumatismale (*Soc. Méd. Hôp.*, 18 mai 1931, N° 16).
- F. BEZANÇON et JACQUELIN. — Polyarthrite aiguë d'allure rhumatismale avec iritis chez un tuberculeux présentant une sensibilité extrême à la tuberculine (*Soc. Méd. des Hôp.*, 20 avril 1928, p. 634.)
- F. BEZANÇON, M.-P. WEIL, J. DELARUE, V. OUMANSKY et M^{lle} PAU. — Le substratum anatomopathologique et bactériologique du rhumatisme tuberculeux (*C. R. Acad. Méd.*, 16 décembre 1930, p. 676.)
- G. CAUSSADE et A. TARDIEU. — Manifestations tuberculeuses au déclin d'un accès aigu de polyarthrite rhumatismale (*Soc. Méd. Hôp.*, 1930, p. 363.)
- CUBERLAFON. — Thèse Paris 1903.
- CURTILLET et LOMBARD. — Deux cas de rhumatisme tuberculeux polyarticulaires avec localisations vertébrales (*Bull. Méd. de l'Algérie*, 1911, *Revue d'Orthopédie*, septembre 1911, N° 5, p. 385.)
- H. DUFOUR et ECALLE. — Rhumatisme tuberculeux ou arthrites tuberculeuses (*Soc. Méd. Hôp.*, 1911, p. 665.)

- L. FINDLAY. — Rhumatisme tuberculeux (*Glasgow Méd. Journal*, juin 1920, N° 6, p. 241.)
- FUSELIER. — Le rhumatisme articulaire aigu tuberculeux (*Thèse Lyon* 1930.)
- GAILLARD. — Polyarthrite aiguë tuberculeuse (*Thèse, Paris*, 1902, *Soc. Méd. Hôp.*, 31 octobre 1903.)
- GAVET. — De l'influence de certaines affections sur les réactions à la tuberculine (*Thèse Paris* 1911.)
- Ch. GERNEZ et A. BRETON. — La séroflocculation à la résorcine et le diagnostic de la tuberculose (*Paris Médical*, 18^e année, N° 13, 31 mars 1928, p. 277.)
- GRENET. — La fréquence de la cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants rhumatisants (*Soc. Méd. Hôp.*, 20 avril 1926.)
- A. HANNS. — (*Annales de Médecine*, 1930, p. 30.)
- HARVIER, RACHET et LEMAIRE — Rhumatisme chronique tuberculeux ; inoculation positive du liquide articulaire (*Soc. Méd. Hôp.*, 19 mars et 1^{er} avril 1926.)
- A. JOUSSET. — La valeur diagnostique des cuti-réactions à la tuberculine chez l'adulte (*Soc. Méd. Hôp.*, 27 mai 1926, p. 834.)
- L'anergie accidentelle (*Soc. Méd. Hôp.*, 27 mai 1926 p. 834.)
- V. LABARNEDIE. — Tuberculo-active de A. VERNES et maladies fébriles (*C. R. Soc. Biol.*, t. XIX, N° 26, juillet 1928, p. 778.)
- LANDOUZY et GOUGEROT. — Arthrites expérimentales (*Revue de Médecine*, nov. 1910, N 11, p. 857.)
- (*Presse Médicale*, 1^{er} mai 1912.)
- LANDOUZY, GOUGERT et SALIN. — Arthrites séreuses bacillaires expérimentales (*Revue de Médecine*, 1910, p. 857.)
- LANDOUZY et LAEDERICH. — Sur une forme subaiguë de phtisie septicémique avec déterminations pulmonaires et pleurales, cutanées, périostées, articulaires et péri-articulaires (*Revue de Médecine*, 1909, p. 765.)
- L. LANGERON et H. D'HOOR. — Sur la positivité de la réaction de flocculation à la résorcine chez certains syphilitiques et rhumatisants non tuberculeux (*C. R. Biologie*, t. xcvi, 1928, p. 982.)
- (*Soc. Biologie de Lyon*.)
- G. LAROCHE et POUMEAU DELILLE. — Un cas de rhumatisme tuberculeux à forme arthralgique avec poussées fluxionnaires périostées (*Soc. Méd. Hôp.*, 14 février 1930.)
- LAVERAN. — Tuberculose aiguë des synoviales (*Progrès Médical*, 1876, p. 727.)
- L. MAGNI. — Infezioneumatica e anergia tubercolinica (*Bull. delle scienze mediche di Bologna*, juillet-août 1925, p. 153.)

- MARTIN. — Rhumatisme tuberculeux (*These*, Lyon, 1905-1906.)
- E. DE MASSARY. — Discussion (*Soc. Méd. Hôp.*, 20 avril 1928, p. 643.)
- MELCHIOR. — Un cas de rhumatisme articulaire tuberculeux vérifié à l'autopsie. (Analysé par Dujarrier dans la *Presse Médicale* du 25 février 1911.)
- ODDO et GIRAUD. — Les sulfates de terres rares dans le traitement du rhumatisme tuberculeux (*Soc. Méd. Hôp.*, 10 juin 1921.)
- Rhumatisme tuberculeux (*Marseille Médical*, 1921.)
- G. PAISSEAU. — Rhumatisme tuberculeux (*Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, septembre 1921, p. 677.)
- G. PAISSEAU et V. OUMANSKY. — Rhumatisme tuberculeux (*Annales de Médecine*, juin 1929, p. 30.)
- Rhumatisme tuberculeux et ultra-virus tuberculeux (*Soc. Méd. Hôp.*, 12 octobre 1928.)
- Tuberculose stypique du cabaye avec tumeurs et suppurations ganglionnaires curables (*C. R. Soc. Biol.*, t. 102, p. 841.)
- G. PAISSEAU et S. VIALARD. — Purpura rhumatoïde. Présence de bacilles acido-résistants présentant les caractères de l'ultra-virus tuberculeux (*Soc. Méd. Hôp.*, 4 novembre 1927.)
- PATEL et LERICHE. — Rhumatisme tuberculeux subaigu (*Revue d'Orthopédie*, 1906, p. 193.)
- A. PELLÉ. — Tuberculose et rhumatisme (*Soc. Méd. Hôp.*, 18 juillet 1924, p. 1141.)
- HANS POLLITZER. — Le rhumatisme articulaire tuberculeux (*Wiener Méd. Woch.*, t. LXXIV, N° 32 et 33, 2 et 9 août 1924.)
- (Analyse par Mouzon, de la *Presse Médicale* de novembre 1924, p. 195.)
- PONCET. — L'histoire du rhumatisme tuberculeux (*Société de Médecine de Paris*, 25 mai 1907.)
- Tuberculose inflammatoire (Discussion à la Société de Chirurgie de Paris, 1908.)
- Rhumatisme tuberculeux et tuberculose inflammatoire (Congrès international de la tuberculose, Washington, 1908 (*In Gazette des Hôp.*, 1908, p. 1339.)
- Le rhumatisme tuberculeux (Doin, 1909.)
- PONCET et LERICHE. — Anatomie pathologique du rhumatisme tuberculeux ; tuberculose inflammatoire et ses localisations ostéo-articulaires (*Bull. Acad. Méd.*, 13 mars 1906.)
- La tuberculose inflammatoire (Doin, 1912.)

RATHERY. — *Progrès Médical*, 20 mars 1916, p. 44.

ROUILLARD. — Affections rhumatismales et tuberculose (*Presse Médicale*, N° 15, 22 février 1928, p. 228.)

SERGENT. — Le rhumatisme tuberculeux (*Journ. des Prat.*, 26 mars 1927, p. 193.)

VIGNERON. — Les diverses modalités de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte (*Thèse*, Paris, 1925, N° 62.)

M.-P. WEIL et P. BOURGEOIS. — Quelques aspects cliniques des manifestations articulaires de la syphilis tardive (*Presse Méd.*, 25 avril 25.)

M.-P. WEIL, J. DELARUE et V. OUMANSKY. — Un nouveau cas de polyarthrite aiguë tuberculeuse (*Soc. Méd. Hôp.*, 16 octobre 1931.)

WIND. — *Thèse*, Paris, 1924, N° 24.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	15
ETUDE CLINIQUE	19
La polyarthrite subaiguë	20
La polyarthrite aiguë hydarthrosique	27
Diagnostic positif	29
Diagnostic différentiel	29
ETUDE BIOLOGIQUE	37
Propriétés du liquide articulaire	37
Inoculation au cobaye	38
Epreuves de la tuberculine	41
Séro-floculation de VERNES	42
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	45
PATHOGÉNIE	47
PRONOSTIC	49
TRAITEMENT	50
OBSERVATIONS	51
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

